**Synopsen der Projekte:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Studie** | **Umsetzung** | **Laufzeit** | **Design** | **Datenquellen** | **Wesentliche Ergebnisse** | **Publikationen** |
| **Evaluation RPB Kreis Steinburg, Studie 1** | Universität LeipzigKlinikum Itzehoe Untersuchungsregion (UR)Westklinikum Heide Kontrollregion (KR) | 2003-20061,5 Jahre | Prospektive, kontrollierte Kohortenstudie | 258 Patienten aus der UR und 244 Patienten aus der KR mit Diagnosen F10, F2X und F3X wurden befragt. Zielparamenter: Inanspruchnahme, Lebensqualität, Funktionsniveau, Krankheitsschwere, SymptomlastBeurteilung vor RPB− Einführung und nach 1,5 Jahren  | Reduktion stationärer Kosten UR > KR Intensivierung ambulanter und teilstationärer Versorgung in der UR Besserung Funktionsniveau der Patienten UR > KR  | Roick et al. (2005). Psychiatrische Praxis 32, 177-184 |
| **Evaluation RPB Kreis Steinburg, Studie 2** | Universität LeipzigKlinikum Itzehoe Untersuchungsregion (UR)Westklinikum Heide Kontrollregion (KR)   | 2003-20083,5 Jahre | Prospektive, kontrollierte Kohortenstudie | 502 Patienten aus UR und KR mit Diagnosen F10, F2X oder F3X wurden befragt.Zielparameter: Psychopathologie, Funktionsniveau, Lebensqualität, Inanspruchnahme, SymptomlastBeurteilung 3,5 Jahre nach RPB− Einführung | UR = KR Gesamtkosten der psychiatrischen VersorgungUR = KR in Bezug auf Psychopathologie, Lebensqualität ↑ Funktionsniveau der Patienten UR > KR Verschiebung der Kosten in den teilstationären/ ambulanten Bereich hielt sich auch über 3,5 Jahre | Roick et al. (2008). Psychiatrische Praxis 35, 279-285;König et al. (2010). Psychiatrische Praxis 37, 34-42 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Evaluation RPB Kreis Steinburg, Studie 3** | Krankenhausinterne Evaluation  | 2002-2007 | Retrospektive Analyse Routinedaten | Patienten- und strukturbezogene Routinedaten des KIS: Diagnose, Behandlungsart, Aufenthaltsdauer im stationären und tagesklinischen Bereich, ambulante Therapiekontakte, Behandlungssetting bzw. Behandlungsstation, psychopathologische Befunde bei Aufnahme und Entlassung, Diagnose u.a.  | ↓ vollstationäre Behandlungsplätze ↓ stationärer Verweildauer pro Patient und Jahr um 25 % ab. ↑ teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote↑ neue Behandlungskonzepte  | Deister et al. (2010). Psychiatrische Praxis 37, 335-342  |
| **Evaluation RPB Rendsburg-Eckernförde** | Universität Leipzig | 2004-2008 | Prospektive, kontrollierte Kohortenstudie | 244 Patienten aus UR und 244 Patienten aus der KR mit Diagnosen F10, F2X oder F3X wurden befragt.Zielparameter: Psychopathologie, Funktionsniveau, Lebensqualität, Inanspruchnahme, Symptomlast | UR = KR Gesamtkosten der psychiatrischen Versorgung↑ Funktionsniveau und subj. Symptomlast UR > KRObjektive Symptomlast KR > UR | König et al. (2013): Psychiatrische Praxis, 40, 430-438. |
| **Evaluation RPB Kreis Dithmarschen, Studie 1** | Charité Berlin | 2001-2007 im Vergleich zu 2008-2012 | Retrospektive Analyse Routinedaten | Patienten bezogene Routinedaten des KIS und der BADO: Liegedauer, freiheitsentziehende Maßnahmen, Suizidalität bei Aufnahme & Entlassung, globale Beurteilung Krankheitsschwere bei Entlassung, DiagnoseMitarbeiter-bezogene Daten: Krankenstand, Anzahl Überstunden und Fortbildungen | ↓ Krankheitsschwere Entlassung↓ stationäre Verweildauer ↓ Unterbringungen nach PsychKG↓ Suizidalität bei Aufnahme und Entlassung↑ Entlassung in eigene Wohnform↓ Überstunden bei MA, ↑ Fort- und Weiterbildung | Berghöfer et al. (2016). International Journal of Integrated Care, 16(4).  |
| **Evaluation RPB/ 64b Kreis Dithmarschen, Studie 2** | Universität Greifswald | 2004-2013 | Retrospektive Analyse Routine- und Sekundärdaten | Patientenbezogene Abrechnungsdaten des KIS | ↑↑ Fälle von 2003-2013↑ vollstationäre und ↑ ambulante und teilstationäre Fälle= vollstationäre Behandlungstage | Schröder et al. (2017). Psychiatrische Praxis, 44(08), 446–452. |
| **Evaluation RPB/ 64b Kreis Dithmarschen, Studie 3** | Charité Berlin/ Medizinische Hochschule Brandenburg | 2014 | Qualitative Befragung | Einzelinterviews mit Patienten und Mitarbeitern, um das Erleben eines gemeindepsychiatrischen Zentrums im Rahmen des RPB zu ermitteln | ↓ Wartezeiten auf eine Behandlung und ↑ Erreichbarkeit↑ sektorübergreifende Kooperation und Absprachen | Schwarz et al (2019): Psychiatrische Praxis.  |
| **Evaluation 64b Hedwig Kliniken/ Berlin** | Krankenhausinterne Evaluation | 2017-2019 | Retrospektive Auswertung von RoutinedatenProspektive Patientenbefragung. | Auswertung Routinedaten (302 Patienten) bzgl. Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen. Aktuell Fortsetzung der Studie mit 2 Kontrollgruppen.Einschluss und Befragung von Patienten mit Diagnose F2X.  | ↓ Unterbringungen nach PsychKG↓ Dauer Unterbringungen nach PsychKG ↓ Fixierungen | Wullschleger et al. (2018). Frontiers in psychiatry, 9, 168. |
| **Evaluation 64b Marienhospital Hamm** | Krankenhausinterne Evaluation | 2016-2018 | Prospektive, kontrollierte Kohortenstudie | Beobachtungszeitraum 20 MonateZielparameter: Behandlungskontinuität, stationäre Behandlungstage, Wiederaufnahme, Psychopathologie, Symptomlast, Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit, Empowerment, Inanspruchnahme, Zufriedenheit Angehörige und Mitarbeitende | Erste Ergebnisse im Mai 2019 zu erwarten |  |
| **Multicenter Evaluation EvaMod64b (64b)** | Krankenhauseigenes KonsortiumMedizinische Hochschule BrandenburgCharité BerlinKKSB BremenSOCIUM Bremen | 2016-2017 | Qualitative und standardisierte Befragung | Einschluss: 13 Fachabteilungen Standardisierte Befragung von 383 Patienten und 585 MitarbeiternQualitative Erhebungen bei 63 Patienten, 35 Angehörigen und 138 MitarbeiternStruktur- und Routinedaten | MV ist heterogen in Bezug auf Laufzeiten, Größe, Ausstattung 11 spezifische Merkmale bilden das Spezifische ab und korrelieren mit ImplementierungsgradPatientenseitig Ergebnisse:- MV „kommt an“ (Erfahrung↑ mit ↑ Implementierung, Ausbildung + Krankheitsdauer)- MV wird positiv erlebt (Bewertung ↑ mit ↑ Implementierung und ↑ Erfahrung)- Aussagen glaubwürdig (Glaubwürdigkeitsindex hoch, Bewertung ↑ mit ↑ Konsistenz)Angehörigenseitige Outcomes: - MV kann zu Mehrbelastung führen- Angehörige schätzen feste Ansprechpartner und FlexibilitätMitarbeiterseitige Outcomes:- MV wird bei verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich erlebt- Schulungen erhöhen Chance auf positive Bewertung | Ignatyev & von Peter et al (2017). Frontiers Public Health, Vol. 8, Article 182von Peter et al (2017). Nervenarzt: ;89(5):559-564Johne & von Peter et al (2018). BMC Psychiatry, 18:278 |
| **EvaMod (64b)** | Technische Universität Dresden |  |  |  |  |  |
| **PsychCare (64b)** | Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung DresdenMedizinische Hochschule BrandenburgWIG2GmbH LeipzigISMG Universität Magdeburg | 2017-2020 | Multi-zentrische, prospektive, kontrollierte Beobachtungsstudie | Einschluss: 10 Fachabteilungen, 8 KontrollklinikenPrimärdaten, Sekundärdaten mit individuellem Datenlinkage, qualitative Erhebungen, gesundheitsökonomische Analysen, Entwicklung von Qualitätsindikatoren | Abschluss Datenerhebung bis 2020 geplant |  |